

MAG-

 *Sindacato
dei Medici
Italiani*

MAG PER
S.M.I.
SINDACATO MEDICI
ITALIANI

RIMBORSO SPESE
MEDICHE



MAG

Sindacato
dei Medici
Italiani



NOTA
METODOLOGICA

- ✓ Le coperture sanitarie vengono offerte tramite una **Mutua**.
- ✓ L'adesione ad una Mutua consente infatti al libero professionista la detrazione del contributo versato, come viene descritto nelle slide seguenti.
- ✓ Le proposte si basano **sull'adesione individuale e facoltativa del singolo associato** e **sono previste carenze all'operatività delle coperture e esclusione delle malattie pregresse**.
- ✓ Non è prevista la compilazione di alcun questionario sanitario.
- ✓ Le proposte si distinguono in base all'età dell'associato caponucleo e possono prevedere, se di interesse, la **rateizzazione del pagamento del contributo previsto**.
- ✓ La durata della copertura sanitaria è **annuale**.



RIMBORSO SPESE MEDICHE

- Opzione A Under 66

OPZIONE A	
GARANZIE OSPEDALIERE	
Ricoveri con/senza intervento chirurgico	€ 300.000
In Network - forma diretta ed indiretta	al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 20%, min. non rimborsabile € 750 e max non rimborsabile € 15.000 per evento
Pre ricovero	120 gg - al 100% se in network o ticket SSN - scoperto 20% se out network
Durante il ricovero	al 100%
retta di degenza in network	max € 250 al giorno - raddoppiata in caso di terapia intensiva
retta di degenza out network	€ 100 al giorno max 40 gg
retta accompagnatore	
Pre ricovero assistenza infermieristica a domicilio (post intervento)	120 gg - al 100% se in network o ticket SSN Scoperto 20% se out network € 26 al giorno max 40 gg
Altri Interventi Chirurgici Compresi	al 100%
Day Hospital/Day Surgery	€ 6.000
Parto Naturale	€ 2.500
Parto Cesareo/Aborto terapeutico	€ 3.000
Chirurgia refrattiva	€ 1.000 per occhio
Interventi Ambulatoriali	€ 2.000
Diaria sostitutiva	€ 150 al giorno max 90 giorni (al 50% in caso di Day Hospital/Day Surgery)
Trasporto Sanitario	€ 1.100 in Italia € 2.000 all'Estero

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica e Terapie	€ 8.000
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile
Out Network	€ 45 per prestazione/ciclo di terapia percentuale spesa a carico 25% min. non rimborsabile
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici	€ 3.000
<i>escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.</i>	
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 35 per prestazione
Out Network	percentuale spesa a carico 25% min. non rimborsabile € 50 per prestazione
Trattamenti fisioterapici seguito infortunio	€ 550
In Network	percentuale spesa a carico 10%
Out Network	percentuale spesa a carico 25%
Cure Odontoiatriche	€ 500
Grandi Interventi Chirurgici Odontoiatrici	max annuo elevato a € 2.500
In Network	percentuale a carico 10%
Out Network	percentuale a carico 20%
Lenti da vista/Lenti a contatto	€ 200
Percentuale Spesa a carico	20% min. non rimborsabile € 50 per evento
Prevenzione - solo il titolare	
Prevenzione Odontoiatrica (seduta ablazione del tartaro)	per nucleo
In Network - forma diretta	al 100%
Pacchetto gravidanza (se titolare Uomo, valida per il coniuge sia in caso di adesione Single che in caso di adesione Nucleo)	€ 200
Contributo Annuo Sussidio SINGLE	€ 1.200
Contributo Annuo Sussidio NUCLEO	€ 1.920

RIMBORSO SPESE MEDICHE

- Opzione B Under 66

OPZIONE B	
GARANZIE OSPEDALIERE	
Ricoveri con/senza intervento chirurgico	€ 200.000
In Network - forma diretta ed indiretta	al 100%
Out Network	percentuale di spesa a carico 20%, min. non rimborsabile € 1.000 e max non rimborsabile € 7.500 per evento (spese del durante)
Pre ricovero	120 gg - al 100% se in network o ticket SSN - percentuale spesa a carico 20% se out network - sub massimale unico per spese pre e post € 1.500 per ricovero
Durante il ricovero	
retta di degenza in network	al 100%
retta di degenza out network	€ 250 al giorno raddoppiata in caso di terapia intensiva
retta accompagnatore	€ 50/giorno max 20gg annui
Pre ricovero	120 gg - al 100% se in network o ticket SSN - percentuale spesa a carico 20% se out network - sub massimale unico per spese pre e post € 1.500 per ricovero
assistenza infermieristica a domicilio (post intervento)	max € 26,00/giorno max 40 gg
Altri Interventi Chirurgici Compresi	al 100% (validi limiti e sub limiti delle pre/post ove previste)
Day Hospital/Day Surgery	€ 4.000
Parto Naturale	€ 2.000
Parto Cesareo/Aborto terapeutico	€ 2.500
Chirurgia refrattiva	€ 750 per occhio
Interventi Ambulatoriali	€ 1.500
Diaria sostitutiva	€ 100 al giorno max 90 giorni (al 50% in caso di Day Hospital/Day Surgery)
Trasporto Sanitario	€ 1.100 in Italia € 2.000 all'Estero

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica e Terapie	€ 5.000
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 50 per prestazione/ciclo di terapia
Out Network	percentuale spesa a carico 25% min. non rimborsabile € 75 per prestazione/ciclo di terapia
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici	€ 1.500
<i>- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.</i>	
In Network	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 40 per prestazione
Out Network	percentuale spesa a carico 25% min. non rimborsabile € 60 per prestazione
Trattamenti fisioterapici seguito infortunio	€ 550
In Network	percentuale spesa a carico 25%
Grandi Interventi Chirurgici Odontoiatrici	€ 1.000
In Network	percentuale a carico 25%
Lenti da vista/Lenti a contatto	€ 150
	Percentuale Spesa a carico 20% min. non rimborsabile € 50 per evento
<i>Prevenzione - solo il titolare</i>	
Prevenzione Odontoiatrica (seduta ablazione del tartaro)	1 all'anno
In Network - forma diretta	al 100%
Contributo Annuo Sussidio SINGLE	€ 600
Contributo Annuo Sussidio NUCLEO	€ 972

**RIMBORSO
SPESE MEDICHE**

- Opzione C
Over 65

OPZIONE C	
GARANZIE OSPEDALIERE	
Ricoveri con/senza intervento chirurgico	€ 200.000
In Network	franchigia € 500 per evento al 100% le spese pre e post
Out Network	scoperto 20% min € 1.500 e max € 10.000 per evento
Pre ricovero	al 100% se in network o ticket SSN - percentuale spesa a carico 20% se out network - sub massimale unico per spese pre e post € 1.500 per ricovero
Durante il ricovero	
retta di degenza in network	al 100%
retta di degenza out network	€ 250 al giorno raddoppiata in caso di terapia intensiva
retta accompagnatore	€ 50 al giorno max 20 gg
Post ricovero	120 gg - al 100% se in network - scoperto 20% se out network spese pre/post € 1.500 per ricovero
Assistenza infermieristica a domicilio	€ 30/giorno max 50 gg annui
Altri Interventi Chirurgici Compresi	al 100%
Day Hospital/Day Surgery	€ 4.000
Parto Naturale	€ 2.000
Parto Cesareo/Aborto terapeutico	€ 2.500
Chirurgia refrattiva	€ 750 per occhio
Interventi Ambulatoriali	€ 1.200
Diaria sostitutiva	€ 180 al giorno max 90 gg (al 50% in caso di Day Hospital/Day Surgery)
Trasporto Sanitario	€ 1.100 in Italia € 2.000 all'Estero

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica e Terapie	€ 4.000
In Network (forma diretta e indiretta)	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 30 per prestazione/ciclo di terapia
Out Network	percentuale spesa a carico 25% min. non indennizzabile € 75 per prestazione/ciclo di terapia
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici	€ 1.500
<i>- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.</i>	
In Network (forma diretta e indiretta)	percentuale spesa a carico 10% min. non rimborsabile € 25 per prestazione
Out Network	percentuale spesa a carico 25% min. non rimborsabile € 60 per prestazione
Trattamenti fisioterapici seguito infortunio	€ 750
In Network	percentuale spesa a carico 10%
Out Network	percentuale spesa a carico 30%
Cure dentarie	€ 250
grandi interventi chirurgici odontoiatrici	elevato a € 500
In Network	percentuale spesa a carico 20%
Prevenzione - valida solo per il titolare	
Prevenzione Odontoiatrica (seduta ablazione del tartaro)	1 all'anno per nucleo
In Network - forma diretta	al 100%
Sostegno per non autosufficienza	
Rimborso Spese per Stato di Non Autosufficienza (valida solo per il socio)	€ 250 al mese, max 12 mesi
Contributo Annuo Sussidio SINGLE	€ 1.608
Contributo Annuo Sussidio NUCLEO	€ 2.472



PRINCIPALI CARATTERISTICHE

PERIODI DI CARENZA

Le prestazioni hanno effetto (giorno di effetto):

- per gli **Infortuni** dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del Sussidio;
- per le **Malattie e le conseguenze di Malattie**, dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza del Sussidio;
- per il **Parto**, dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza del Sussidio;

- per le **Malattie dipendenti da gravidanza**, decorrono dal 60° giorno successivo a quello di decorrenza del sussidio;
- per le conseguenze di **stati patologici** non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla stipulazione del Sussidio, dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza del sussidio.

DEFINIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Si considerano **FAMILIARI CONVIVENTI DEL SOCIO**: il **coniuge ed il convivente more uxorio**, il **convivente dello stesso sesso** del Socio a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi di coppia, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivono stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale (lo stato di convivenza dovrà essere provato tramite dichiarazione congiunta *pro veritate* o certificato dello stato di famiglia). I **figli conviventi** con il titolare del Socio **sino al compimento dei 26 anni di età**. I **figli conviventi oltre i 26 anni di età**, a condizione che questi ultimi risultino a carico o versino in uno stato di invalidità superiore al 66%.

MALATTIE PREGRESSE

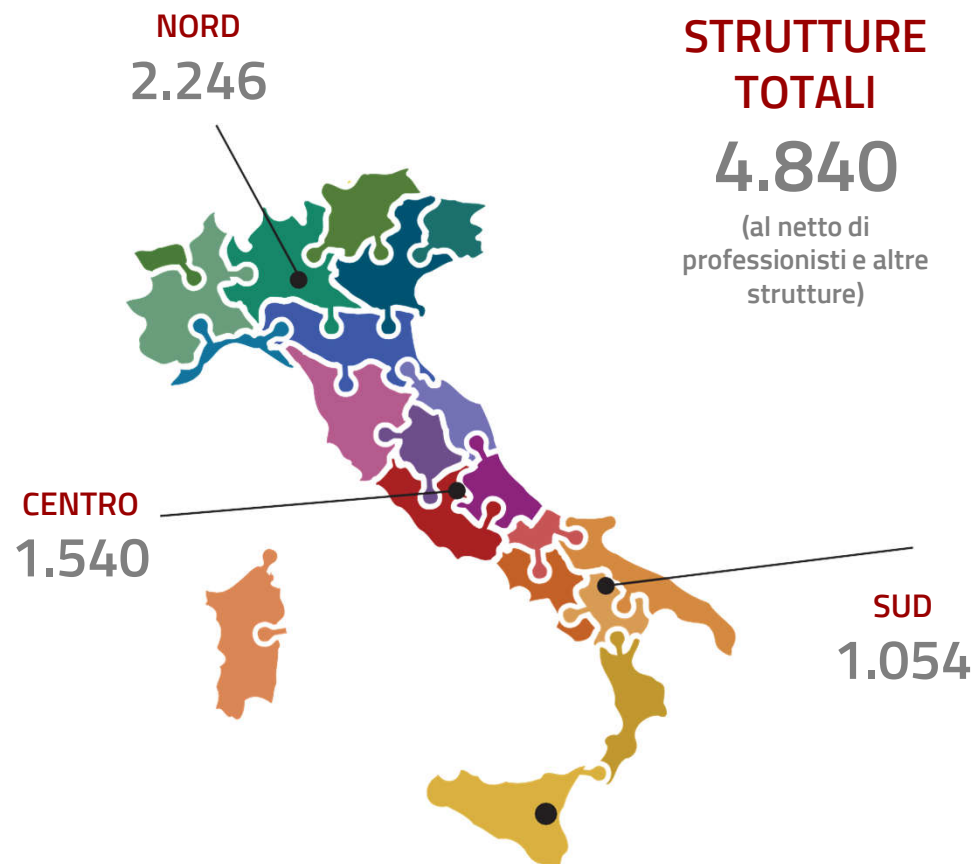
Tutte le prestazioni attivate in conseguenza a **INFORTUNI** avvenuti anteriormente alla data di attivazione del Sussidio si intendono escluse. Inoltre, si intendono escluse tutte le prestazioni attivate in conseguenza a **MALATTIE O STATI PATOLOGICI** manifestati, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima della data di decorrenza del Sussidio.

RETE STRUTTURE CONVENZIONATE MUTUA

NORD	
LOMBARDIA	1001
TRENTINO	36
VALLE D'AOSTA	8
LIGURIA	187
VENETO	281
EMILIA ROMAGNA	310
FRIULI VENEZIA GIULIA	61
PIEMONTE	362

CENTRO	
TOSCANA	338
LAZIO	1041
UMBRIA	69
MARCHE	92

SUD	
ABRUZZO	86
BASILICATA	17
CAMPANIA	237
CALABRIA	53
MOLISE	19
PUGLIA	269
SARDEGNA	69
SICILIA	304



FISCALITÀ

Articolo 15 del TUIR

I **contributi associativi** versati dai Soci alle Società di Mutuo Soccorso operanti nei settori previsti dall'art. 1 della legge 3818 del 1886, **sono detraibili dalle imposte fino al massimo di € 1.300** (art. 15 del TUIR).

Rientrano in tale agevolazione anche i liberi professionisti con partita IVA. La detrazione dei contributi associativi versati ad una Società di Mutuo Soccorso non fa cumulo con le detrazioni previste per le polizze vita e infortuni.

I premi relativi alle polizze sottoscritte con compagnie di assicurazione non sono fiscalmente detraibili.

Le Società di Mutuo Soccorso perseguendo finalità esclusivamente assistenziale possono fungere da cassa di assistenza sanitaria.

ISTRUZIONI PER L'ACQUISTO DELLA POLIZZA

IMPORTANTE

La convenzione è valida
esclusivamente per gli iscritti al
SINDACATO MEDICI ITALIANI

Per l'iscrizione S.M.I.
contattare:

info@sindacatomedicitaliani.it

Tel. +39 3475352880

Tel. +39 3291949834

RIEPILOGO

Compagnia: Mutua MBA

Soluzione: Rimborso Spese Mediche

Tipo convenzione: ad adesione volontaria

Opzioni di acquisto: da selezionare sul modulo adesione

Per l'acquisto della polizza:

- collegarsi al sito di SMI <http://sindacatomedicitaliani.it/index.php/convenzioni>
- scaricare il modulo adesione e compilarlo
- Inviare il modulo di adesione all'indirizzo ufficioanagrafiche@mbamutua.org

Appena l'adesione sarà attiva ed in decorrenza, l'assicurato riceverà automaticamente dal sistema una lettera di Benvenuto con il numero di adesione assegnato.

CONTATTI

Per assistenza in caso di nuova polizza (prima assicurazione) o rinnovo della polizza scaduta contattare:

Indirizzo e-mail: ufficioanagrafiche@mbamutua.org

Tel 06.90198060 (tasto 1 - tasto 1) dal lunedì a venerdì, dalle 9 alle 13 e dalle 14 alle 18